



Trabajo Fin de Grado – Proyecto de Investigación

TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL COLECTIVO DE TRIPULANTES DE CABINA DE PASAJEROS. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS.

End-of-Grade Work- Research Project

ANXIETY AND DEPRESSION DISORDERS IN THE CABIN CREW COLLECTIVE. PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS.

Autora: M^a Almudena Madero Gaviria
Tutora: Dra. Azucena Pedraz Marcos
Grado en enfermería
Curso 2020/2021

Dedicatoria

Dedicado a mis padres que estarán muy orgullosos de lo conseguido.

Dedicado a mi madre que por poco no ha llegado a ver finalizado este trabajo, por ser cuidadora de pro y por inculcarme valores muy necesarios en la profesión de Enfermería.

Dedicado a las Misioneras de la Caridad de Santa Madre Teresa de Calcuta ya que si ellas no hubieran aparecido en mi vida probablemente no me hubiera planteado ser Enfermera.

Dedicado a mi marido Pin por haberme cuidado todos estos años de carrera y así poder estudiar.

” Ultreia et Suseia ”

“God will provide “

“Si juzgas a un pez por su habilidad para trepar árboles, pensará toda la vida que es un inútil” Albert Einstein

INDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|-----------|
| 1. Resumen | 1 |
| 1.1 Resumen | |
| 2. Introducción | 3 |
| 2.1 Conceptualización y contextualización | 3 |
| 2.2 Estado actual del entorno laboral de los TCPs..... | 8 |
| 2.3 Problemas de Salud más frecuentes entre los TCPs..... | 13 |
| 2.4 Justificación..... | 16 |
| 2.5 Objetivos..... | 16 |
| 3. Metodología..... | 17 |
| 3.1 Estudio mixto cuantitativo/cualitativo..... | 17 |
| 3.2 Fase cuantitativa | 17 |
| 3.2.1 Población y muestra de la fase cuantitativa..... | 17 |
| 3.2.2 Recogida de datos fase cuantitativa | 18 |
| 3.2.3 Análisis de datos fase cuantitativa..... | 20 |
| 3.2.4 Presentación de resultados fase cuantitativa..... | 20 |
| 3.3 Fase cualitativa..... | 23 |
| 3.3.1 Población y muestra de la fase cualitativa..... | 23 |
| 3.3.2 Recogida de datos fase cualitativa..... | 24 |
| 3.3.3 Análisis de datos fase cualitativa..... | 24 |
| 3.3.4 Presentación de resultados fase cualitativa..... | 25 |
| 4. Aspectos éticos..... | 25 |

| | |
|--|-----------|
| 5. Dificultades y limitaciones..... | 26 |
| 6. Consideraciones finales | 27 |
| 7. Agradecimientos..... | 27 |
| 8.. Bibliografía..... | 29 |
| 9, Anexos..... | 36 |
| Anexo 1. Encuesta Google Forms | 36 |
| Anexo 2. Escala DASS 21..... | 39 |
| Anexo 3. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)..... | 40 |
| Anexo 4. Escala de Depresión de Beck..... | 41 |
| Anexo 5. Consentimiento Informado | 42 |

Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Puntos de corte comúnmente utilizados para la escala DASS 21..... | 19 |
| Tabla 2. Puntos de corte comúnmente utilizados para la escala de ansiedad de Beck..... | 20 |
| Tabla 3. Puntos de corte comúnmente utilizados para la escala de depresión de Beck..... | 20 |
| Tabla 4. Selección de la muestra estudiada en el componente cuantitativo..... | 21 |
| Tabla 5. Variables e indicadores para investigar en la fase cuantitativa..... | 21 |
| Tabla 6. Prevalencia de trastornos..... | 22 |

Índice de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Categorías de la ansiedad..... | 6 |
| Figura 2. Categorías de la depresión..... | 8 |
| Figura 3. Estudios encontrados..... | 13 |
| Figura 4. Tipología..... | 14 |

Abreviaturas

| | |
|--------|---|
| ADDs | Anxiety and depression disorders |
| BAI | Beck Anxiety inventory / Inventario de Ansiedad de Beck |
| BOE | Boletín Oficial del Estado (España) |
| CEIC-R | Comité Ético de Investigación Clínica Regional de la Comunidad de Madrid |
| CI | Consentimiento informado |
| CIE | Clasificación Internacional de Enfermedades |
| CPC | Crew passenger cabin |
| DASS | Depression, Anxiety and Stress Scale number 21 / Escala de depresión, ansiedad y estrés número 21 |
| DSM-V | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| FADAP | Flight Attendant Drug and Alcohol Program |
| FAA | Federal Aviation Administration / Administración Federal de Aviación, |
| IATA | The International Air Transport Association |
| RRSS | Redes sociales |
| TAD | Trastornos de ansiedad y depresión |
| TCP | Tripulante de cabina de pasajeros |
| OMS | Organización Mundial de la Salud (Naciones Unidas) |

1 Resumen/Abstract

1.1 Resumen

Introducción: La profesión de tripulante de cabina de pasajeros (TCP) es reconocida por percepciones externas como viajar por todo el mundo, muchos días libres, un buen salario, un nivel de vida superior a la media. Sin embargo, se ha documentado que esta profesión conlleva un desgaste en salud física, mental, o en el rol parental, familiar, entre otros.

Objetivo: Investigar la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión (TAD) en este colectivo, así como identificar qué factores intrínsecos al trabajo se asocian con ellos, si existe relación entre los TAD y el tiempo volado en largo radio y explorar el nivel de conocimientos de los TCP para mitigar los efectos adversos.

Método: Es un estudio descriptivo, observacional transversal mixto cuantitativo y cualitativo, mediante encuesta, escalas y entrevista semiestructurada. A la muestra se accederá por medio de redes sociales, muestreo por conveniencia y posteriormente por bola de nieve.

Palabras clave: Tripulante de cabina de pasajeros, ansiedad y depresión, salud laboral.

1.2. Abstract

Background: The crew passenger cabin (CPC) profession is recognized by external labels such as: travel around the world, many days off, a good salary, an above average standard of living, etc., Nonetheless it has been documented that this profession leads to a decrease in physical, mental health, parental role, family role etc.

Objective: To investigate the prevalence of anxiety and depression disorders (ADDs) in CPC, as well as to identify what factors intrinsic to work are associated with them, whether there is a relationship between ADD and time flown over long-haul flight and to know what level of knowledge this group has to mitigate adverse effects.

Methods: It is an epidemiological, descriptive, mixed quantitative and qualitative cross-sectional study. Using a survey, scales, and semi-structured interview. It will apply a

convenience sampling where the sample will be accessed via social networks such Telegram, WhatsApp and supported by snowball technique.

Keywords:

Cabin attendant, anxiety and depression, occupational health.

2 Introducción

2.1 Conceptualización y contextualización

¿Qué es un tripulante de cabina de pasajeros?

El tripulante de cabina de pasajeros (TCP) "es el poseedor del Certificado y habilitación correspondiente, que ejerce a bordo las actividades de atención al pasajero, así como aquellas relacionadas con la seguridad de este y las referentes a evacuación y demás funciones que hayan de realizarse en caso de emergencia en el tipo de avión para el que esté habilitado" (BOE, 2004, p. 2459).

En nuestra sociedad, el llegar a ser TCP ha sido el sueño de muchas niñas y jóvenes. Es un trabajo atractivo, se viaja por todo el mundo, se conoce a gente interesante de diversa índole, populares, se lleva el uniforme de un prestigioso diseñador (Díaz, 2019) el *glamour* de poder estar en Navidad patinando en el Rockefeller Center, o ver una exposición única en el museo de Frida Kahlo en México DF, o el tener muchos días libres. Menos visibles resultan las desventajas de este tipo de actividad profesional.

Mientras que en Estados Unidos el primer TCP, varón, apareció en 1911 bajo el nombre de "cabin boy", no fue hasta 1930 cuando llegó la primera mujer, Ellen Church, a desempeñar este trabajo. Entre sus funciones estaba comprobar la seguridad de los asientos, dejar preparados los instrumentos de cabina de mando, ayudar con el equipaje, calmar a los pasajeros nerviosos y ofrecer a bordo un servicio básico. Ellen Church, era enfermera de profesión y apasionada de la aviación. Fue nombrada jefa de servicio a bordo y encargada de preparar a siete enfermeras más como azafatas (Taboada, 2021).

La selección no fue al azar se pedían los siguientes requisitos:

- Estudios: enfermería
- Edad máxima: 24 años
- Estado civil: soltera
- Peso: máximo 52 kilogramos.

- Altura: alrededor de 1,60 centímetros.

En España se esperó hasta 1944, año en el que despegó el primer vuelo con azafatas (nombre que derivaba del de las camareras de las reinas moras, *as-safat*, y del joyero o canastillo donde portaban sus joyas) cuyo trabajo era transmitir calma y seguridad al pasajero, ofrecer información del vuelo, así como unos refrigerios y bebidas (Granado, 2016).

Desde 1927, año en el que una compañía española levanta el vuelo con dos aviones trimotores Rohrbach Roland, con capacidad cada uno para diez pasajeros en asientos de mimbre (Díaz, 2001), hasta hoy en día, con aviones alta tecnología A-350, A-330, en largo radio (en España se refiere a vuelos que cruzan el Océano Atlántico o bien que se dirigen hacia Asia), con una capacidad entre 348 y 275 pasajeros, dependiendo de la compañía, respectivamente, han cambiado las formas de ejercer este trabajo tanto desde el punto de vista físico como mental. De la misma forma, han cambiado también sus consecuencias para la salud del tripulante. Aun teniendo el mismo fin no son ni las mismas condiciones laborales, ni el mismo modo de trabajar. Este cambió a raíz de la crisis económica del año 2008, que empezó en los Estados Unidos de América se extendió por todo el planeta (Mucci, et al., 2016; IATA, 2009). Esta crisis afectó al bienestar del mercado laboral de los TCPs aumentando la carga de trabajo, reduciendo personal, así como los salarios. Ciertamente es que las compañías aéreas españolas son actualmente privadas, por lo que el resultado económico es lo que cuenta para su supervivencia, sin caer en la cuenta de que el recurso más importante en cualquier empresa es el factor humano (Rojas y Salvadó, 2018).

Hasta finales del siglo XX, para convertirse en TCP había que pasar por una serie de requisitos previos como: examen de cultura general, examen de idiomas, pruebas físicas, entrevista personal, entrevista psicológica, talla, peso y examen médico. Además, era necesario realizar un curso de un mes en el que se instruía a ese futuro TCP, tanto en seguridad a bordo como en servicios a bordo, y en el que se valoraban el saber hablar, sus habilidades sociales, liderazgo, relaciones interpersonales, control del tiempo, toma de decisiones y trabajo en equipo.

Hoy en día incluso las entrevistas se realizan por teléfono. Todo depende del momento en el que se encuentra la demanda de personal y de las necesidades que tenga la empresa, es decir, si prefiere calidad o necesita cantidad. También ha cambiado el paradigma aeronáutico. Existen actualmente modelos de compañías *low cost*, en las que se paga exclusivamente por el viaje *per se*, y de querer algún extra se ha de abonar. En estas compañías, es posible ver uniformes con zapatillas de deporte, e incluso los TCP deben realizar la adecuación de la cabina, que viene a ser limpiar la cabina una vez que el pasaje ha descendido, cuando antes era el equipo de limpieza quien se encargaba de ello, por citar unos ejemplos, impensables hace tan sólo unos años.

Este cambio de paradigma se hace evidente en el colectivo de TCPs. Hay diferencias tanto generacionales, como culturales, y dependiendo de las habilidades emocionales, de la conciencia situacional, así como de la gestión de recursos por parte de la TCP, de ser esta gestión de recursos limitada, puede llegar a sufrir estrés, que de no ser consciente y tratarlo puede llegar a la ansiedad y quizás a la depresión (OMS, 2019).

Ansiedad y Depresión: Definición y características

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud CIE encontramos la definición de ansiedad y de depresión y sus criterios diagnósticos (DSM-V, 2013; OMS, 1992).

La ansiedad se refiere a la preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses) (DSM-V).

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

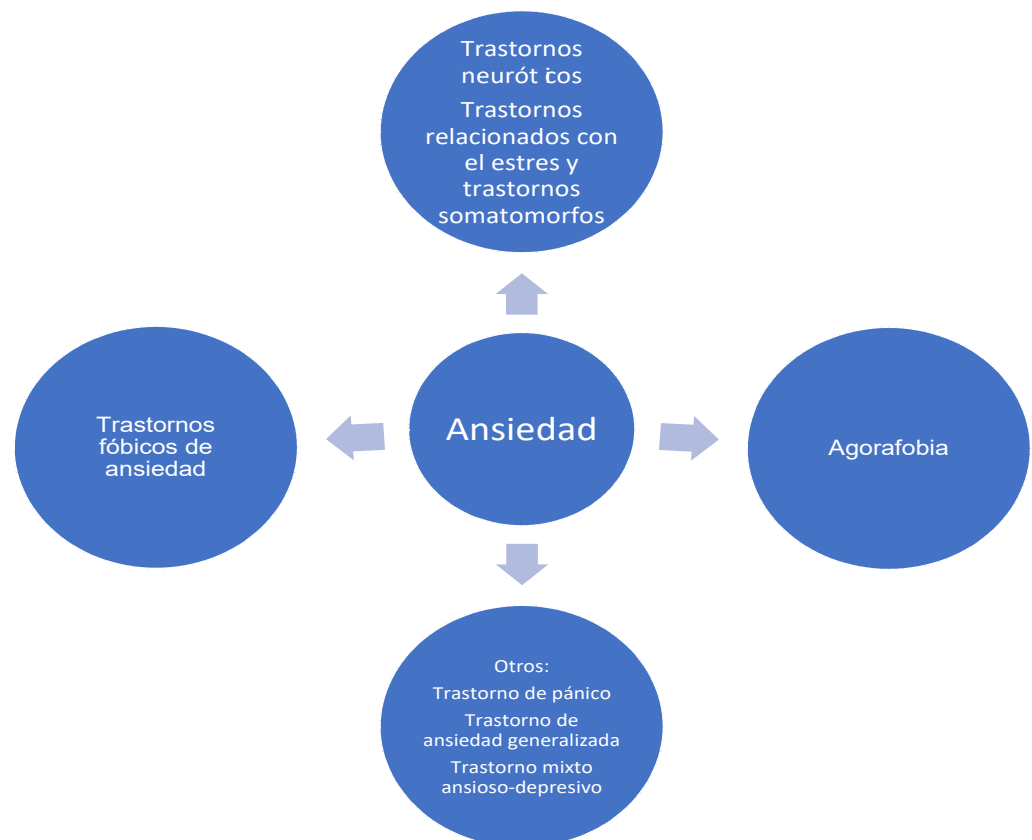
4. irritabilidad

5. tensión muscular

6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej, drogas, fármacos), o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo), y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo. (DSM-V, 2014). La Figura 1 muestra posibles trastornos relacionados con la ansiedad.

Figura 1: Categorías de la ansiedad.



Fuente: Elaboración propia basada en el DSM-V

La depresión, también conocida como trastorno depresivo mayor o depresión clínica, es un trastorno del estado de ánimo común y grave. Aquellos que sufren de depresión

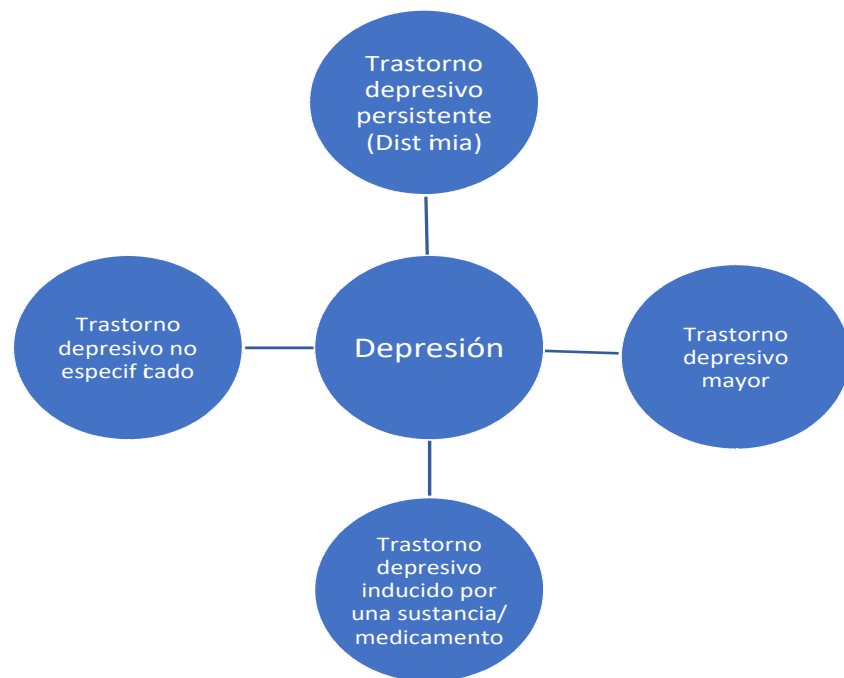
experimentan sentimientos persistentes de tristeza y desesperanza y pierden interés en las actividades que alguna vez disfrutaron. Aparte de los problemas emocionales causados por la depresión, los individuos también pueden presentar un síntoma físico como dolor crónico o problemas digestivos. Para ser diagnosticado con depresión, los síntomas deben estar presentes al menos dos semanas (DSM-V, 2014).

La Figura 2 muestra posibles trastornos relacionados con la depresión.

El individuo debe estar experimentando cinco o más síntomas, de los que aparecen en esta relación, durante el mismo periodo de 2 semanas y al menos uno de los síntomas debe ser el estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Notablemente disminuido interés o placer en todas, o casi todas, actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida de peso significativa cuando no se hace dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Una ralentización del pensamiento y una reducción del movimiento físico (observable por otros, no sólo sentimientos subjetivos de inquietud o ralentización).
5. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
6. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi todos los días.
7. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.
8. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Figura 2: Categorías de la depresión.



Fuente: Elaboración propia basada en el DSM-V

Aunque la depresión y la ansiedad sean muy distintas, en la práctica clínica e investigación tienden a sobreponerse, normalmente aparecen juntas y además comparten diagnósticos clínicos (Antúñez, 2012).

2.2 Estado actual del entorno laboral de los TCPs

Para poder entender a este colectivo es importante saber las condiciones de trabajo y factores de riesgo para desarrollar ansiedad o depresión, que son diversos, algunos en común con otros colectivos y otros no.

- Relacionadas al área de trabajo

El área de trabajo, llamado *galley*, es un **espacio limitado** en el que trabaja parte de la tripulación. Se encuentran distribuidos a lo largo del avión, en las distintas zonas de trabajo. Están desde el techo hasta el suelo cubiertos de contenedores con material de trabajo (pinzas, cubiteras, bandejas, servilletas, economato, material fungible, bebidas, etc.), carros de servicio con bebidas, comidas, venta a bordo, material, repisa donde poder apoyarse, así como hornos donde calentar las comidas, y compartimentos varios (Imagen 1).

Imagen 1. Área de trabajo del TCP



Fuente: Creative Commons

Este espacio se ha visto reducido en tamaño con el fin de poder incluir más butacas para pasajeros y dispuesto a veces de una manera bastante farragosa para trabajar, con doble fondo (Elviajero, 2019). Tanto los contenedores como los carros (estos tienen ruedas) son pesados, lo que hace que la carga de trabajo sea mayor que en años anteriores, en los que el galley era más amplio y cómodo.

- Relacionadas con las condiciones laborales

La **programación mensual** es la hoja de ruta de los TCPs que acomodan su día a día a ella. La reciben 7 días antes de que finalice el mes y es posible hacer petición de días libres en concreto.

Se basan en un número de horas por mes (EASA, 2020). Los meses de verano son programados con el máximo de horas, pudiendo llegar a cinco vuelos a América completos. Esto supone el constante y rápido cambio de hora y el llamado *jet lag*, generando problemas de **sueño** que se acumulan con el tiempo, “siendo el sueño uno de los factores que más contribuyen a alcanzar un estado de bienestar físico y psicológico ” (Aguado, 2016). Esta situación lleva a algunos TCPs a tener comportamientos perjudiciales como el uso de drogas o toma de alcohol y cafeína, para mantener una buena higiene de sueño (Wen, et al., 2020). Algunos autores “consideran la melatonina de liberación prolongada como ayuda eficaz tanto en insomnio primario como el insomnio asociado a alguna enfermedad neurológica en la población general” (Poza et al., 2018).

Por otro lado, la **ratio** pasajero / tripulante ha aumentado, ya que ha disminuido el número de tripulantes mínimo requerido siguiendo siempre la normativa exigida por Aviación civil según el avión del que se hable (BOE, 2014; Expansión, 2021).

Asimismo, el estar tiempo fuera de casa da lugar a una falta de **conciliación familiar**. En el estudio de Ballard et al, “los padres que trabajan en horarios no estándar reportaron peor funcionamiento familiar, síntomas depresivos, crianza menos efectiva. Para algunas familias ese tipo de horarios puede hacer tensar el bienestar de padres e hijos” (Ballard et al., 2004, p. 163), y llegar a un gran número de separaciones y divorcios y a un pensamiento de incumplimiento o deterioro de rol parental y a cuestionarse prioridades en la vida. Según Chung Chi-Ti, “la calidad de vida es un tema que se toma muy en serio en los últimos años. Muchas personas ya no ven su trabajo como el aspecto más importante de sus vidas, con la calidad de vida cada vez más determinada por otros aspectos como son fatiga, calidad de sueño y patrón parental” (Chung C y Chung U, 2009, p. 212-213).

Por otro lado, hay países en vías de desarrollo en los que el riesgo de **seguridad sanitaria** es alto en cuanto a contraer enfermedades como el chikungunya, zika, dengue o enfermedades gastrointestinales, no solo por el riesgo en el país tropical, sino por la posibilidad de llevar pasajeros infectados desde y/o hasta ese país (Mier et al., 2017; Mary, 2020; OPS, 2014).

- Relacionadas con la propia actividad laboral

Otras situaciones adversas, inesperadas como son una **meteorología** pésima y como consecuencia una turbulencia severa, o una gran nevada que hace que no permita despegar hacia tu base (lugar donde resides y desde el que empiezas y acabas tu trabajo), o un problema técnico que imposibilita la vuelta, lleva a una situación extra de estrés según nos dice Aguirre et al. (2015) este colectivo ocupa el tercer lugar a nivel mundial de las profesiones con mayor exposición a estresores de orden laboral.

También las experiencias desagradables /incidentes/ accidentes ocurridos en ese mismo medio pueden repercutir en la salud mental de los TCPs. El tipo de pasajeros ha cambiado, el volar está al alcance de todos los bolsillos. Hay **conflictos** por no querer seguir las normas existentes como el no fumar, el equipaje excesivo, el no apagar los aparatos electrónicos portátiles cuando se les requiere, o no cumplir la normativa sobre como volar en tiempos de COVID-19, por ejemplo, cubrirse boca y nariz durante todo el vuelo, excepto para comer y/o beber (Harris et al., 2011).

Las **radiaciones** es un tema preocupante en este colectivo debido a la altura a la que se vuela. Aunque haya estudios en los que, especifican que, aunque no hay un nivel de exposición a la radiación por debajo del cual no se produzcan efectos, la evidencia actual indica que la probabilidad de que la tripulación de la aerolínea o los pasajeros sufran efectos adversos para la salud como resultado de la exposición a la radiación cósmica es muy baja (Bagshaw, 2008); otros hacen que se dude de la inocuidad de esta (Oksanen, 1998).

La **soledad** que produce estar fuera de tu entorno, con gente que no conoces y con las que puede o no haber sintonía, al ser un colectivo cada vez más numeroso, puede producir una sensación de impersonalidad y de inseguridad (Griffith y Powell, 2012).

- Relativos al COVID-19

En el año 2020, la declaración de pandemia por la Organización Mundial de la Salud debido al brote de COVID-19 ha tenido una grave repercusión en el sector aéreo, debido al escaso movimiento provocado por las restricciones de movilidad. En esta situación, los TAD se han agravado al incrementarse el **temor por el futuro** de los puestos de trabajo, así como sus hasta ahora condiciones. También se produce intranquilidad ya que, aunque sea escaso ese movimiento, lo hay, y si en el hemisferio norte es invierno con pleno apogeo de la pandemia en el hemisferio sur es verano, con el riesgo de **infección** y de propagación del virus (Pavli et al, 2020).

A fecha de 10 de abril de 2021, España ocupa el noveno país en casos de COVID-19 con una cifra de casos acumulados de 3.336.637, por detrás de Estados Unidos, Brasil, India, Francia, Rusia, Reino Unido e Italia (OMS, 2020).

Inquieta que no se considere al colectivo de TCPs como prioritario en la vacunación del COVID-19, cuando la interacción pasajero /TCP es continua sin poder mantener la distancia de seguridad. Se vive como un riesgo asociado a una posible transmisión de la enfermedad (Gobierno de España, 2021).

En estos tiempos de pandemia, con la enfermedad COVID-19, el protocolo a seguir con el fin de evitar la cuarentena en destino es de **aislamiento** absoluto, Esto es, una vez los TCP salen del avión entran en la habitación sin poder salir de ella sin poder respirar aire natural puesto que las ventanas de los edificios modernos no se abren lo que llega a causar una sensación de ahogo, claustrofobia.

Todas estas condiciones y factores de riesgo llevan a algunos TCPs a abusar de alcohol y drogas. Existe un espacio web que ofrece el Programa de drogas y alcohol para TCPs

Flight Attendant Drug and Alcohol Program FADAP. Comenzó en 2010 con fondos de la Administración Federal de Aviación, *Federal Aviation Administration* (FAA). Desde marzo del 2014 lanzaron un formato de reuniones telefónicas abiertas al colectivo, miércoles y domingos, llamado “*Wings of Sobriety*”, que tienen una duración entre cuarenta y cinco minutos y una hora (Fadap, 2010).

2.3 Problemas de salud más frecuentes entre los TCPs

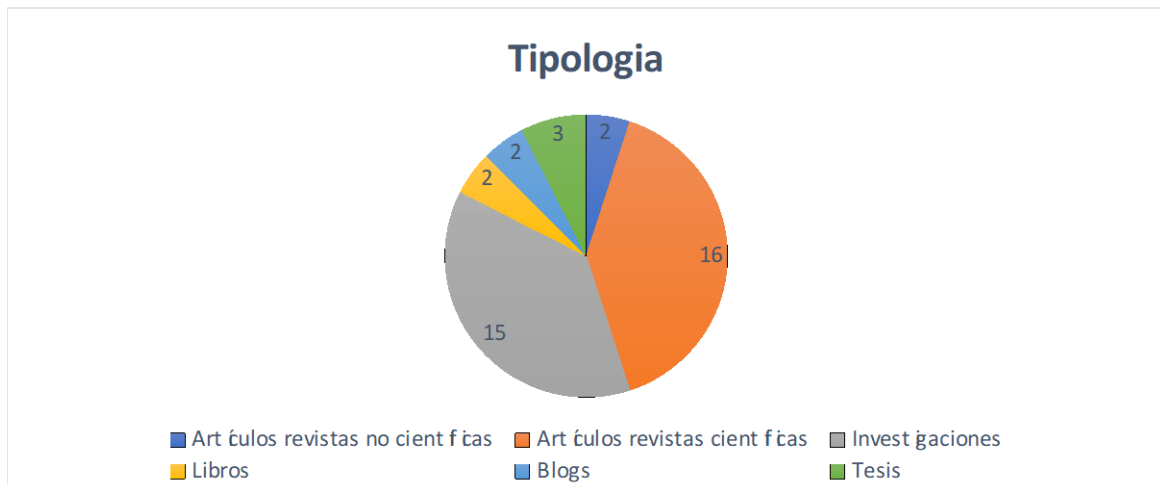
En una revisión de las bases de datos más habituales en Ciencias de la Salud (Pubmed, Cinahl, Cuiden, Biblioteca Virtual de la salud (Lilacs), Psycinfo, Web of Science, Scopus) se han encontrado diferentes estudios sobre salud en los TCPs, aunque comparándolos con los encontrados sobre, el colectivo de enfermería, por ejemplo, no son abundantes (Figura 3; Figura 4).

Figura 3: Estudios encontrados



Fuente: Elaboración propia

Figura 4: Tipología



Fuente: Elaboración propia

Entre los problemas de salud más habituales entre los TCPs, destacan los siguientes estudios:

- Se observan tasas más altas de cánceres específicos en las azafatas en comparación con la población general, algunas de las cuales estaban relacionadas con la permanencia laboral como el cáncer de pecho. (Mc Neely et al, 2014).
- Mayor incidencia de padecer melanoma debido a las radiaciones UV (SanLorenzo, 2014).
- Aumento de mortalidad en accidentes aéreos, así como aumento de mortalidad por SIDA en TCPs masculinos. (Hammer et al., 2014).
- Riesgo de sufrir el síndrome aerotóxico que cursa con dolor de cabeza, problemas de equilibrio, fatiga, quejas gastrointestinales y deterioro cognitivo (Hageman et al., 2020).
- Problemas de irritación de ojos, nariz y garganta, piel facial enrojecida fatiga, dolor de cabeza, debido a la sequedad del aire ambiente dentro de la aeronave (Lindgren y Norbäck, 2005).
- La calidad del aire de la cabina del avión que hace que aparezcan dolores de cabeza, fatiga, dificultades respiratorias (Rayman, 2002).

- Tasas más altas de enfermedades cardíacas en relación con la población general, aunque como señala McNeely se necesitan más estudios para determinar la fuente de riesgo y para dilucidar las relaciones específicas exposición-enfermedad a lo largo del tiempo (McNeely et al., 2014).
- Mayor prevalencia de trastornos de fatiga, de sueño y depresión y como afecta estos a la vida laboral y personal (McNeely et al., 2018).
- Probabilidad del síndrome de burnout en caso de que las condiciones laborales tengan contenido altamente estresor (Gil-Grados, 2018).
- Trastornos mentales comunes y su relación con las variables sociodemográficas y las relacionadas con el trabajo (Feijo et al., 2014).
- Estudio sobre estilos de vida de este colectivo (Bon, 2015).
- Abortos espontáneos asociados a las altas exigencias físicas del trabajo y a las radiaciones cósmicas (Grajewski et al., 2015).
- **Asociación** entre mayor riesgo de endometriosis con algún aspecto de la programación del trabajo o viceversa los síntomas de endometriosis afectan la forma en el que el TCP programa sus vuelos (Johnson et al., 2016).
- Estudio sobre el deterioro de la salud mental debido al COVID-19 y los efectos colaterales de esta pandemia (Görlich y Stadelmann, 2020).
- Estudio sobre el acoso sexual y abuso en el avión relacionados con resultados adversos en salud mental (Gale, 2019).
- Estudio sobre síntomas respiratorios, alérgicos y dermatológicos relacionados con el nuevo uniforme y sus químicos (McNeely et al., 2017).

2.4 Justificación

Como se puede observar se han encontrado estudios relacionados con cánceres específicos, melanoma, endometriosis, enfermedades cardíacas, sobre síndrome aerotóxico, sobre síntomas alérgicos relacionados con el uniforme y sus químicos, accidentes aéreos, irritaciones por sequedad del aire en cabina, abortos, acoso sexual. También, se han encontrado estudios sobre problemas mentales, como fatiga, falta de sueño y problemas de salud mental debido al COVID-19, pero ninguno relacionado con los TAD razón que justifica este estudio.

2.5 Objetivos

Objetivo General

Conocer la prevalencia y los factores asociados de los TAD en el colectivo de TCPs.

Objetivos específicos

1. Estimar la prevalencia de TAD entre los TCPs.
2. Identificar qué factores laborales se asocian con los TAD en el colectivo de TCPs.
3. Valorar si existe relación entre la antigüedad en vuelo en largo radio con los TAD.
4. Explorar la percepción de los TCPs sobre su estado de salud y sobre los conocimientos que tienen para mitigar las consecuencias de los TAD.

3. Metodología

3.1 Estudio mixto cuantitativo-cualitativo

Este estudio es descriptivo, observacional transversal mixto, secuencial. Se pretende conocer la prevalencia de TAD en el colectivo de TCPs, así como explorar los factores que se puedan asociar a estos trastornos y la relación entre la antigüedad en vuelo en largo radio y los TAD. También, se pretende explorar la percepción de los TCPs acerca de su estado de salud y el tipo de conocimientos tiene el colectivo para mitigar los TAD.

3.2 Fase cuantitativa

En la fase **cuantitativa** se pretende analizar los objetivos específicos 1, 2 y 3.

Las variables relacionadas con el Trastorno de Ansiedad y Depresión (TAD) se estudiarán a partir de las escalas:

- Escala DASS -21
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- Escala de depresión de Beck

Y se creará una encuesta en Google Forms para recoger variables sociodemográficas de los participantes:

- Factores intrínsecos al trabajo
- Tiempo volado
- Nivel de conocimientos sobre la TAD
- Características demográficas, edad, estado civil, número de hijos

3.2.1 Población y muestra de la fase cuantitativa

El ámbito de este estudio se centrará en España y la población diana serán TCPs que trabajan actualmente en compañías aéreas españolas. Para obtener la muestra, se enviará una encuesta elaborada en Google Forms (Anexo 1), una vez aceptada la participación y firmado el consentimiento informado (CI), se les enviará las escalas vía Telegram, WhatsApp, y otras Redes Sociales (RRSS) de manera que tenga la mayor difusión posible dentro del colectivo en estudio.

La investigadora principal tiene acceso a estas RRSS por ser miembro del colectivo.

La muestra estimada a quienes llegara la notificación del estudio es de unos 400 participantes.

El muestreo se hará por conveniencia y posteriormente muestreo por bola de nieve esto es personas que conducen a otras y estas a otras (Serrano, 2019) entre estos:

- TCPs de ambos sexos
- TCPs contrato fijo
- TCps que vuelen actualmente

Criterios de inclusión:

- TCPs que trabajen en compañías españolas
- Aceptar los términos reflejados en el Consentimiento Informado para participar en el estudio y firmar el mismo
- Residentes en España

Criterios de exclusión:

- TCPs que no tengan el idioma castellano como primera lengua
- TCPs que no acepten participar en el estudio
- TCPs que se encuentren de excedencia

3.2.2 Recogida de datos fase cuantitativa

Para la recogida de datos se utilizará una encuesta de Google Forms, así como las escalas validadas al español: Escala DASS -21, Escala de Ansiedad de Beck (BAI) y Escala de depresión de Beck.

- **Encuesta de Google Forms** en el que se recogerán las siguientes variables: edad, género, residencia, fumador, puesto que se ocupa, número de hijos, tiempo volado en largo radio (Anexo 1).

- **DASS- 21** escala que mide la depresión, ansiedad y estrés (Anexo 2).

La escala DASS-21 está compuesta por 21 ítems de tipo Likert. Presenta 3 factores: Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). (Lovibond S & Lovibond., 1995)

Esta categorización de las diferentes dimensiones se ha obtenido mediante el sumatorio de las puntuaciones de las respuestas obtenidas en los ítems correspondientes a cada uno de los factores.

Las opciones de respuesta disponibles para responder a esta escala fueron: 0: no me ha ocurrido; 1: me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; y 3: me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

A mayor puntuación general mayor grado de sintomatología.

Tabla 1: Puntos de corte comúnmente utilizados para la escala DASS-21:

| | Leve | Moderado | Severo | Extremadamente severo |
|-----------|------|----------|--------|-----------------------|
| Depresión | 5-6 | 7-10 | 11-13 | 14 o más |
| Ansiedad | 4 | 5-7 | 8-9 | 10 o más |
| Estrés | 8-9 | 10-12 | 13-16 | 17 o más |

Fuente: elaboración propia

- **Escala de ansiedad de Beck** (Anexo 3).

Esta escala consta de 21 ítems de tipo Likert. Presenta cuatro posibles opciones de respuesta: Nada en absoluto; Levemente (No me molesta mucho); Moderadamente (Fue muy desagradable, pero podía soportarlo), y Severamente (Apenas podía soportarlo).

Se asignan valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos.

Tabla 2: Puntos de corte comúnmente utilizados para la escala de ansiedad de Beck:

| | Nivel mínimo | Leve | Moderado | Grave |
|----------|--------------|------|----------|-------|
| Ansiedad | 0-7 | 8-15 | 16-25 | 26-63 |

Fuente: elaboración propia

- **Escala de depresión de Beck (Anexo 4).**

Es una escala heteroaplicada. Proporciona puntuación global la puntuación asignada en cada uno de los 13 ítems. La puntuación total es de 39. Puntos de corte propuestos:

Tabla 3: Puntos de corte comúnmente utilizados para la escala de depresión de Beck:

| | Ausente o mínima | Leve | Moderada | Grave |
|-----------|------------------|------|----------|-------|
| Depresión | 0-4 | 5-7 | 8-15 | >15 |

Fuente: elaboración propia

3.2.3 Análisis de datos fase cuantitativa

Para la fase cuantitativa se utilizará el programa Google Forms para realizar las encuestas en línea.

Seleccionamos este programa por ser de fácil uso y adaptarse a la encuesta a realizar permite la exportación de datos Excel y de este a un programa R (regresión) para factores asociados.

3.2.4 Presentación de resultados fase cuantitativa

Tamaño y proceso de selección

Las encuestas en línea recibidas se analizarían previamente habiendo eliminado las no válidas. Según estudios previos esperamos que de las encuestas recibidas haya un porcentaje que se pierda por invalidez y otro porcentaje que serán las aceptadas. (Tabla 4).

Tabla 4: Selección de la muestra estudiada en el componente cuantitativo

| | |
|--|--|
| Numero de encuestas respondidas- (número) | |
| Numero de encuestas respondidas y descartadas por invalidez (número y %) | |
| Numero de encuestas aceptadas y analizadas (número y %) (la muestra del estudio) | |

Fuente: elaboración propia

La Tabla 5 resume los valores que se consideraran para la prevalencia de TAD en la muestra y características de las sub-muestras (factores asociados). La Tabla 3 muestra el esquema para reportar los resultados de las variables anteriores. Se mostrarán los resultados de forma agregada, así como desagregados para las cuatro sub-muestras de estudios: personas con TAD, con solo ansiedad (A) con solo depresión (D), o ninguna de ellas. Esto nos permitirá comparar los valores medios para cada una de las sub-muestras, y con ello primera identificación de posibles factores asociados con la presencia de patologías TAD en la población de TCPs.

Tabla 5: variables e indicadores a investigar en la fase cuantitativa

| | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------|------------|--------|--------|-------|-----------------------|
| <i>Sufren Trastornos</i> | Edad (num y %) | Género | Residencia | Tabaco | Puesto | Hijos | Tiempo en largo radio |
|--------------------------|-------------------|--------|------------|--------|--------|-------|-----------------------|

| | | (num y %) | (num y %) | (num y %) | (num y %) | (num y %) | |
|------------------|---------------|-----------|---------------|------------|------------|-----------|----------|
| <i>TAD</i> | < 30 | Hombre | Base | Fumador | TCP | Si | > 10años |
| <i>Solo A</i> | Entre 30 y 40 | Mujer | Fuera de base | No fumador | Sobrecargo | No | <10 años |
| <i>Solo D</i> | Entre 40 y 50 | Otro | | | | | |
| <i>Ni A ni D</i> | > 50 | | | | | | |

Nota: A= Ansiedad; D= Depresión.

Fuente: elaboración propia

Tabla 6: Prevalencia de trastornos.

| Prevalencia de trastornos (num y %) | Grupos de edad | Género | Residencia | Tabaco | Puesto | Hijos | Tiempo en largo radio |
|-------------------------------------|----------------|--------|------------|--------|--------|-------|-----------------------|
| TAD | | | | | | | |
| Solo Ansiedad | | | | | | | |
| Solo Depresión | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| Ni A ni D | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|

Nota: A=Ansiedad; D= Depresión.

Fuente: elaboración propia

3.3 Fase cualitativa

La fase **cualitativa**, centrada en el objetivo específico 4, pretende explorar la percepción de los TCPs sobre su estado de salud y sobre los conocimientos que tienen para mitigar las consecuencias de los TAD.

3.3.1. Población y muestra de la fase cualitativa

La población de estudio estará compuesta por aquellas personas que accedieron a ser contactadas en la fase cuantitativa, para la participación en la entrevista.

Se estima entrevistar a 10 tripulantes de cabina, con diferentes perfiles sociodemográficos y de los que 5 hayan sufrido TAD y otros 5, no.

Elegimos el grupo que ha sufrido TAD para entender su vivencia y la repercusión que tiene en todos los ámbitos de su vida, y elegimos el grupo que no ha sufrido TAD para conocer como consiguen cuidar su salud mental.

Como criterios de inclusión, se considera:

- TCPs que aceptaron ser contactados
- TCPs que acepten ser grabados (audio)
- TCPs que acepten firmar el CI

Y como criterios de exclusión:

- TCPs que en el momento de ser contactados estén viviendo un duelo ya que este estado podría afectar los resultados
- TCPs que sufran TAD por temas ajenos a la esfera laboral por ejemplo depresión post parto

- TCPs que no quieran finalizar la entrevista

3.3.2. Recogida de datos fase cualitativa

Se realizará una entrevista semiestructurada, a partir de un guion elaborado por la investigadora, teniendo en cuenta los resultados de la fase cuantitativa y tras consultar la opinión de expertos TCPs.

La entrevista tendrá un formato de preguntas abiertas y su duración estimada será de 30 a 45 minutos. La entrevista se realizará en el lugar y momento que decida el participante de manera presencial.

Guion de entrevista:

1. ¿Cómo ha influido tu vida profesional en tu salud?
2. ¿En qué ha cambiado tu vida desde que eres TCP?
3. ¿Qué haces para tener una buena higiene mental?
4. ¿Qué aspectos de tu vida laboral pueden estar relacionados con situaciones estresantes?

3.3.3 Análisis de datos fase cualitativa

Para la fase cualitativa, las entrevistas serán grabadas y transcritas. Se utilizará el software NVIVO para su análisis, dado que es uno de los programas más utilizados para el análisis cualitativo de datos. Este programa permite la identificación de temas comunes de una manera sistemática, encontrar pautas y conexiones, etc. Se llevará a cabo un análisis temático, siguiendo el modelo utilizado por Braun y Clarke de 6 fases (Braun y Clarke, 2006):

Fase 1: Familiarizarse con los datos. Transcripción 15 minutos por 5 minutos de diálogo.

Fase 2: Generación de códigos. Etiquetar elementos de interés. Codificar es organizar e identificar partes significativas de los datos en relación con las preguntas de investigación.

Fase 3: Generación de temas iniciales. Se examina cómo se combinan los códigos para formar temas de gran alcance en los datos.

Fase 4: Revisión de temas. Verificar temas iniciales con los datos codificados y con todo el conjunto de datos. Al final de esta fase se tiene idea de qué son los temas y cómo encajan entre sí para transmitir una historia sobre el conjunto de datos.

Fase 5: Definición y denominación de temas.

Fase 6: Elaboración del informe.

3.3.4 Presentación de resultados fase cualitativa

La presentación del análisis cualitativo incluirá la descripción de los temas más comunes y hablados por los entrevistados. Incluirá también una selección de citas textuales (de manera anónima y no-identificable) para poder ilustrar los argumentos dados por los participantes en sus propias palabras. Este recurso sirve además para enfatizar contribuciones o elementos clave por ejemplo por ser comunes a varios participantes o por el énfasis con el que fueron tratados por los participantes. Finalmente, la presentación de la parte cualitativa podrá incluir uno o dos casos de estudio que reflejen las experiencias de una o dos personas entrevistadas (siempre de manera que no sea posible su identificación), para poder mostrar así las varias implicaciones en el caso de una sola persona y de una forma más detallada.

4. Aspectos éticos

Para la realización de este estudio se requerirá la aprobación de este por el Comité Ético de Investigación Clínica Regional (CEIC-R) de la Comunidad de Madrid (Comunidad de Madrid, 2021). Así mismo, todo aquel que quiera participar en el estudio deberá firmar

el consentimiento informado del mismo (SISIB, 2020) en el que se recoge el funcionamiento del estudio y se asegura la protección de datos mediante la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal RD 15/1999 (BOE, 1999), y que aparece inscrito en la encuesta de Google Forms.

La participación en el estudio es voluntaria y de carácter anónimo. No se compensará económicamente ni de ningún otro modo la participación. No se revelarán informaciones que permitiesen la identificación de los participantes.

La investigadora se declara parte del colectivo estudiado y se compromete a ser lo más neutral posible.

Se tendrán presentes según indica el Código Deontológico de la Enfermería Española en su artículo 75, los principios anunciados por la declaración de Helsinki, así como los que regulan la ética de la publicación científica.

5. Dificultades y limitaciones

Al ser este un estudio sólo en español puede ser considerado como un posible sesgo lingüístico y geográfico.

Las limitaciones serán menores tanto en cuanto se reciba un alto número de encuestas, aunque no se pueda saber de antemano se espera que sea suficientemente alto y representativo de la muestra.

La investigadora hará lo posible para que la llamada a participar se viralice por el colectivo gracias a los grupos de RRSS existentes de los que forma parte.

Otra limitación es que las características de la muestra sean representativas de la población total de TCPs, ya que no se conoce sus características sociodemográficas. Aun así, el estudio aportará una primera aproximación sobre la prevalencia de los TAD y factores asociados. Además, la parte cualitativa servirá para profundizar en las experiencias vividas por las personas que los sufren y explorar posibles medidas a tener en cuenta para mejorar su estado y también posibles actividades de prevención.

Una posible dificultad sería que las personas afectadas no acepten participar en la parte cualitativa por lo que hay un riesgo de no encontrar suficientes TCPs, Se estima un riesgo

bajo ya que presuntamente son muchas las TCPs afectadas. Y dado el carácter anónimo de la misma se espera interés por participar.

6. Consideraciones finales

Como TCP y estudiante de último curso de Enfermería tengo muy presente que los estresores, físicos y psíquicos llevan costes asociados a la salud, y por tanto sería muy importante que las compañías aéreas lo tuvieran en cuenta en su estrategia de gestión empresarial, para la prevención y promoción de la salud de sus TCPs. Se espera que un estudio como el aquí propuesto, llevado a cabo de una forma completamente anónima, pueda servir para determinar el nivel de TAD de este colectivo y profundizar en el conocimiento de sus factores asociados, y de esta forma se podría diseñar e implementar un programa de prevención usando las herramientas telemáticas actuales y cuyo contenido podría consistir en el que se indica como posible propuesta

1. Relajación por medio respiración diafragmática.
2. Relajación muscular progresiva y visualización.
3. Técnicas de reestructuración cognitiva
4. Resolución de problemas y toma de decisiones.

7. Agradecimientos

Quiero agradecer a mi tutora Dra. Azucena Pedraz Marcos el que haya creído en mí, el que con sus conocimientos y apoyo me guiara a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar lo que finalmente tenemos en nuestras manos.

A mi hermana Angélica, a pingüinita Maite por las correcciones, comentarios y lecturas varias a lo largo del proceso.

A mis íntimos y no tanto que siempre han tenido una palabra de aliento para animarme en este "camino", así como con la ayuda que en ciertos momentos he pedido y me han brindado.

A Toño, del departamento de Informática, que me resolvió con mucha paciencia y diligencia las muchas y diversas problemáticas de los dispositivos móviles a lo largo de estos años.

Gracias a todos de corazón.

8. Bibliografía

- Aguado, T. (2016). Calidad del sueño en profesionales hospitalarios, sanitarios y no sanitarios. *Revista Enfermería del Trabajo*, 6(1), 12-18. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5343579>
- Aguirre Mas, C., Vauro Desiderio, M. R., & Labarthe Carrara, J. (2015). Estresores laborales y bienestar en el trabajo en personal aeronáutico de cabina. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 293 - 308.
- Antúñez, Zayra, & Vinet, Eugenia V. (2012). Depression Anxiety Stress Scales (DASS - 21): Validation of the Abbreviated Version in Chilean University Students. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (Quinta edición). [Madrid](#): Editorial Médica Panamericana. [ISBN 978-8-4983-5810-0](#).
- Bagshaw M. (2008). Cosmic Radiation in Commercial Aviation. *Travel Medicine and Infectious Disease* 6, 125–127 <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2007.10.003>
- Ballard TJ., Corradi L., Lauria L., *et al.* (2004). Integrating qualitative methods into occupational health research: A study of women flight attendants. *Occupational and Environmental Medicine* 2004;**61**:163-166. <http://dx.doi.org/10.1136/oem.2002.006221>
- BOE-A-2018-199 [https://www.boe.es/eli/es/res/2017/12/19/\(10\)Composici3n+de+la+tripulaci3n+de+vuelo](https://www.boe.es/eli/es/res/2017/12/19/(10)Composici3n+de+la+tripulaci3n+de+vuelo)
- BOE-A-2018-4353 <https://www.boe.es/d3as/2018/03/28pdfs/BOE-A-2018-4353.pdf>
Limitaciones tiempo de vuelo.
- BOE-A-2014-8484 Tripulaci3n m3nima requerida
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2014/09/05/750TAE.ORO.FC.105>
- BOE. Ley Org3nica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protecci3n de Datos de Car3cter Personal. [Internet]N3m. 298, de 14 de diciembre de 1999. [Consultado el 6 de

marzo de 2021] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1999/BOE-A-1999-23750-consolidado.pdf>

Bon M., Pori M., Kajtna T. (2015). *Various lifestyle factors of flight crew members*. Acta Universitatis Carolinae: Kinanthropologica, Volume 50, Number 1, 2015, pp. 71-82(12). <https://doi.org/10.14712/23366052.2015.7>

Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3 (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887 Available from: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>

<http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Chung, Chi-Ti; Chung, Ue-Lin* (2009). An Exploration of Quality of Life and Related Factors Among Female Flight Attendants. *Journal of Nursing Research*, Volume 17 - Issue 3 - p 212-220 doi: 10.1097/JNR.0b013e3181b2558f

Díaz, L. (2001). *Iberia mil fotos para la historia 1927-2001*. Iberia

Easa. Easy Access Rules for Aircrew (Regulation (EU) No 1178/2011) Aug2020

[consultado el 7 de marzo de 2021]

Elviajero, (2019). *Negociosnow*. Aviones con espacio más reducido entre asientos. <https://negociosnow.com/aviones-con-espacio-mas-reducido-entre-asientos/> [Aviones con espacio más reducido entre asientos - Negocios Now](https://negociosnow.com/aviones-con-espacio-mas-reducido-entre-asientos/)

Expansión.

<https://www.expansion.com/empresas/transporte/2021/03/13/604cec53e5fdeabf478b4634.html>

Fadap. <https://www.fadap.org>

Feijo D., Luiz R.R., Camara V.M. (2014). Common mental disorders among civil aviation flight attendants. *Aviation, Space and Environmental Medicine*. 85 (4) pp 433-439. Doi: <https://doi.org/10.3357/ASEM.3768.2014>

G.Díaz.L., (2019) Moda de altos vuelos: así han evolucionado los uniformes de las tripulaciones. *Condé nast Traveller*, 25-10-2019

Gale,S., Mordukhovich, I., Newlan ,S and McNeely, E. (2019) .The Impact of Workplace Harassment on Health in a Working Cohort. *Front. Psychol.*10:1181. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01181

- Gil-Grados-Tejada, L. (2018). Síndrome de burnout y autoeficacia en tripulantes de cabina en Lima. *Pensamiento Psicológico*, 16(2), 99-110. Doi:10.11144/Javerianacali.PPSI162.sbat
- Gobierno de España. Estrategia de vacunación COVID-19 [Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Profesionales - Estrategia de vacunación COVID-19 en España \(mscbs.gob.es\)](https://www.mscbs.gob.es/y-bienestar-social-profesionales/estrategia-vacunacion-covid-19-espana)
- Görlich, Y., Stadelmann, D. (2020). Mental Health of Flying Cabin Crews: Depression, Anxiety, and Stress Before and During the COVID-19 Pandemic. *Front. Psychol.* 11:581496. doi: 10.3389/fpsyg.2020.581496
- Grajewski, B., Whelan, E. A., Lawson, C. C., Hein, M. J., Waters, M. A., Anderson, J. L., MacDonald, L. A., Mertens, C. J., Tseng, C. Y., Cassinelli, R. T., 2nd, & Luo, L. (2015). Miscarriage among flight attendants. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 26(2), 192–203. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000225>
- Griffiths RF., Powell DMC. (2012). The occupational health and safety of flight attendants. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 83, (5), 514-521 <https://doi.org/10.3357/ASEM.3186.2012>
- Hageman, G., Pal, T. M., Nihom, J., MackenzieRoss, S. J., & van den Berg, M. (2020). Three patients with probable aerotoxic syndrome. *Clinical toxicology (Philadelphia, Pa.)*, 58(2), 139–142. <https://doi.org/10.1080/15563650.2019.1616092>
- Hammer, G. P., Auvinen, A., De Stavola, B. L., Grajewski, B., Gundestrup, M., Haldorsen, T., Hammar, N., Lagorio, S., Linnarsjö, A., Pinkerton, L., Pukkala, E., Rafnsson, V., dos-Santos-Silva, I., Storm, H. H., Strand, T. E., Tzonou, A., Zeeb, H., & Blettner, M. (2014). Mortality from cancer and other causes in commercial airline crews: a joint analysis of cohorts from 10 countries. *Occupational and environmental medicine*, 71(5), 313–322. <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101395>
- Harries, A. D., Martinez, L., & Chakaya, J. M. (2021). SARS-CoV-2: how safe is it to fly and what can be done to enhance protection?. *Transactions of the Royal Society of*

Tropical Medicine and Hygiene, 115(1), 117–119.
<https://doi.org/10.1093/trstmh/traa106>

[IATA Annual Report 2009](https://es.scribd.com/document/58599977/IATA-Annual-Report-2009) <https://es.scribd.com/document/58599977/IATA-Annual-Report-2009>

Johnson, C. Y., Grajewski, B., Lawson, C. C., Whelan, E. A., Bertke, S. J., & Tseng, C. Y. (2016). Occupational risk factors for endometriosis in a cohort of flight attendants. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 42(1), 52–60.
<https://doi.org/10.5271/sjweh.3538>

Lindgren, T., & Norbäck, D. (2005). Health and perception of cabin air quality among Swedish commercial airline crew. *Indoor air*, 15 Suppl 10, 65–72.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0668.2005.00353.x>

Lovibond, S.H., and Lovibond, P.F. (1995) *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd Edition). Psychology Foundation, Sydney.

McNeely, E., Gale, S., Tager, I., Kincl, L., Bradley, J., Coull, B., & Hecker, S. (2014). The self-reported health of U.S. flight attendants compared to the general population. *Environmental health : a global access science source*, 13(1), 13.
<https://doi.org/10.1186/1476-069X-13-13>

McNeely, E., Mordukhovich, I., Staffa, S., Tideman, S., Gale, S., & Coull, B. (2018). Cancer prevalence among flight attendants compared to the general population. *Environmental health : a global access science source*, 17(1), 49.
<https://doi.org/10.1186/s12940-018-0396-8>

McNeely, E., Mordukhovich, I., Tideman, S. *et al.* (2018). Estimating the health consequences of flight attendant work: comparing flight attendant health to the general population in a cross-sectional study. *BMC Public Health* 18, 346
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5221-3>

McNeely, E., Staffa, S.J., Mordukhovich, I. *et al.* (2017). Symptoms related to new flight attendant uniforms. *BMC Public Health* 17, 972.
<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4982-4>

Mier-Y-Teran-Romero, L., Tatem, A. J., & Johansson, M. A. (2017). Mosquitoes on a plane: Disinsection will not stop the spread of vector-borne pathogens, a

- simulation study. *PLoS neglected tropical diseases*, 11(7), e0005683.
<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005683>
- Mucci, N., Giorgi, G., Roncaioli, M., Fiz Perez, J., & Arcangeli, G. (2016). The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 983–993.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S98525>
- Oksanen P. J. (1998). Estimated individual annual cosmic radiation doses for flight crews. *Aviation, space, and environmental medicine*, 69(7), 621–625.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. (10th Revision). Organización Panamericana de la Salud. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud. (28, Nov,2019). *Trastornos mentales*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> [acceso: 21/12/2020]
- Organización panamericana de la salud, (2013). *Chikungunya*.
<https://www.paho.org/es/temas/chikungunya>
- Pavli, A., Smeti, P., Hadjianastasiou, S., Theodoridou, K., Spilioti, A., Papadima, K., Andreopoulou, A., Gkolfinopoulou, K., Sapounas, S., Spanakis, N., Tsakris, A., & Maltezou, H. C. (2020). In-flight transmission of COVID-19 on flights to Greece: An epidemiological analysis. *Travel medicine and infectious disease*, 38, 101882. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101882>
- Poza, J., Puyol, M., Ortega-Albás, J., & Romero, O. (2018). Melatonin in sleep disorders. *Neurología*. 1-11. DOI: 10.1016/j.nrleng.2018.08.004
- R de Miguel Buckley., M Díaz-Menéndez. (2021). Go to gate: COVID-19 imported cases in Madrid and the potential role of airport transmissions. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 115(1), 117-119. traal198, <https://doi.org/10.1093/trstmh/traa198>
- Rayman R.B. (2002). Calidad del aire de la cabina: una visión general. *Aviación, espacio y medicina ambiental*, 73(3), 211–215
- Rojas, M & Salvadó, S. (2018). *Técnicas que utiliza la gestión de Recursos Humanos para reducir el estrés y mejorar el ambiente laboral*. (Trabajo de Investigación

final). Fundación Universidad Argentina de la Empresa. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

SanLorenzo M., Wehner MR., Linos E., et al. (2014) The risk of melanoma in airline pilots and cabin crew: a meta-analysis [published online September 3, 2014]. *JAMA Dermatol.* doi:10.1001/jamadermatol.2014.1077

Serrano Gallardo, P. (2019). *Trabajo fin de grado en ciencias de la salud*. DAE editorial Grupo Paradigma pág 62-63.

Servicio Madrileño de Salud. Entidades y Empresas Acreditación de centros y programas sanitarios. Comités Éticos de Investigación Clínica. [Internet] Madrid: Salud Madrid. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2016 [Consultado el día 6 de marzo de 2021] Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?assetid=1142284788088&assettype=CM_InfoPractica_FA&cid=1163431153017&language=es&pagename=PortalSalud%2FPag e%2FPTSA_pintarContenidoFinal&pv=1142284878017&vest=1163431153017

Taboada, L. (2021). Ellen Church, la primera azafata de la historia. [Entrada en un blog]. <https://www.diarioazafata.com/2015/05/22/ellen-church-la-primera-azafata-de-la-historia>

Taboada, L. (2021). Las primeras azafatas de Iberia. [Entrada en un blog]. <https://www.diarioazafata.com/2016/06/17/las-primeras-azafatas-de-iberia>

Universidad de Chile. [Internet] Santiago de Chile. Formatos para documentos de Consentimiento Informado elaborados por la OMS. [Consultado el 6 de marzo 2021]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudiosen-bioetica/documentos/75657/documentos-de-consentimiento-informadoelaborados-por-la-oms>

Wen, C., Nicholas, C., Howard, M., Trinder, J., Errey, S. & Jordan, A. (2020). Health risks and potential predictors of fatigue and sleepiness in airline cabin crew. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), pp. 15-. doi:10.3390/ijerph18010013

WHO (2020). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Available at: <https://COVID19.who.int/> [Acceso 10/04/2021]

Wilson, ME., (2020). What goes on board aircraft? Passengers include Aedes, Anopheles, 2019-nCoV, dengue, Salmonella, Zika, et al, *Travel Medicine and Infectious Disease* doi: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101572>

9. Anexos

ANEXO 1. Borrador de encuesta en Google Forms

Sección 1 de 3

Trastornos de Ansiedad y Depresión en el colectivo de TCPs. Prevalencia y factores asociados.

Describe el formulario

Dirección de correo electrónico.*

Dirección de correo electrónico válida

Este formulario recopila las direcciones de correo electrónico. [Cambiar configuración](#)

Proyecto de Investigación

Hola, mi nombre es María Alejandra Madero (soy la TCP y estudiante de Enfermería, en la Universidad Autónoma de Madrid, estoy llevando a cabo una investigación para el trabajo de fin de grado).

El objetivo del estudio es investigar la prevalencia de los Trastornos de Ansiedad y Depresión en el colectivo de TCPs y factores asociados. Es un estudio donde consta de una fase cuantitativa a rellenar 3 escalas y otra fase cualitativa que consiste en una entrevista telefónica de 15 preguntas.

Si deseas y quieres participar en el estudio, se te administrarán 3 cuestionarios que deberás responder según la escala correspondiente en cada uno de ellos. El tiempo estimado para responder a todas las preguntas es de 30 minutos y de acuerdo y ser seleccionada para la entrevista serán 15 minutos. Total 1 hora.

No recibirás un beneficio directo por colaborar en el estudio. Sin embargo si aceptas participar, estarás contribuyendo a que mejoren las estrategias sanitarias, implementando un programa de prevención y promoción de la salud, mejorando la vida de los TCPs.

Toda la información que proporciones para el estudio tendrá un carácter estrictamente confidencial y tendrá un marco propiamente investigativo. Asimismo, cualquier dato que proporciones no se va a utilizar de manera personal sino que se hará de forma genérica a nivel global.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Te encuentras en pleno derecho para abandonar la investigación y decidir cuándo tus datos de la misma en cualquier momento.

Si tienes alguna duda en relación al estudio, por favor ponte en contacto conmigo: mariaalejandra.madero@uam.es

Para empezar necesito los datos de este primer cuestionario.

* Obligatorio

Consentimiento para participar en el estudio.*

☐ He sido informado (a) del objetivo del estudio y doy mi consentimiento para participar de forma voluntaria ...

☐ No doy mi consentimiento para participar en esta investigación.

Después de la sección 1 [Ir a la siguiente sección](#)

Sección 2 de 3

Información general

A continuación se expondrán una serie de preguntas relativas a datos socio-demográficos y laborales. Por favor, lee y responde cada pregunta detenidamente y con sinceridad.

Género *

☐ Mujer

☐ Hombre

☐ Otro

Edad *

☐ < 30 años

☐ entre 30 y 40 años

☐ entre 40 y 50 años

☐ >50 años

¿ Fumás ? *

☐ Si

☐ No

Puesto que desempeñas *

☐ TCP

Puesto que desempeñas *

☐ TCP

☐ Sobrecargo

¿ Tienes hijos ? *

☐ Si

☐ No

Años en largo radio *

☐ < 10 años

☐ >10 años

Después de la sección 2 ir a la siguiente sección

Sección 3 de 3

Questionario

A continuación encontrará cuestiones referidas al trabajo.
Por favor indique lo que piensa en relación con cada una de ellas.
No hay respuestas correctas o incorrectas cualquier respuesta es válida en la medida que responda lo que

Cuestionario

A continuación encontrarás cuestiones referidas al trabajo.
Por favor indica lo que piensas en relación con cada una de ellas.
No hay respuestas correctas o incorrectas cualquier respuesta es válida en la medida que respondas lo que realmente sientes.

¿Eres batierra? *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Cuanto tiempo empleas en ir y volver al aeropuerto? *

- ☐ > 1 hora
- ☐ < 1 hora

¿Vuelos con tripulación fija? *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Cuanto te afecta el no poder planificar tu vida hasta que saiga la programación? *

- ☐ Mucho
- ☐ Poco
- ☐ Nada, estoy acostumbrada.

De ser seleccionada para la entrevista telefónica... ¿accederías a ello? Mi pondría en contacto previamente por mail *

- ☐ Sí
- ☐ No

Gracias por participar - ¡ Buen vuelo!



ANEXO 2. Escala DASS-21



DASS - 21

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor lea cada afirmación y encierre en un círculo un número 0, 1, 2 o 3 que indique cuanto de esa afirmación se aplica a su caso durante el último mes. No existen respuestas correctas o incorrectas. No gaste mucho tiempo en cada afirmación.

La escala a utilizar es como se presenta a continuación:

0 No se aplica a mí en absoluto. NUNCA (N)

1 Se aplica a mí en algún grado o parte del tiempo. A VECES (AV)

2 Se aplica a mí en un grado considerable, o en una buena parte del tiempo. A MENUDO (AM)

3 Se aplica a mí, mucho. CASI SIEMPRE (CS)

| EN EL ÚLTIMO MES | | | | |
|---|---|----|----|----|
| Ítem | N | AV | AM | CS |
| 1. Me costó mucho relajarme | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me di cuenta que tenía la boca seca | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. No podía sentir ningún sentimiento positivo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se me hizo difícil respirar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Sentí que mis manos temblaban | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Sentí que tenía muchos nervios | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Sentí que no tenía nada por que vivir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Noté que me agitaba | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Se me hizo difícil relajarme | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Me sentí triste y deprimido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Sentí que estaba a punto de pánico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. No me pude entusiasmar por nada | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Sentí que valía muy poco como persona | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Sentí que estaba muy irritable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Tuve miedo sin razón | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido | | | | |

ANEXO 3. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

| En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy: | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) | | | | |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 1 Torpe o entumecido. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 Acalorado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 Con temblor en las piernas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 Incapaz de relajarse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 Con temor a que ocurra lo peor. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 Mareado, o que se le va la cabeza. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 Inestable. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 Atemorizado o asustado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 Nervioso. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 11 Con sensación de bloqueo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 Con temblores en las manos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 Inquieto, inseguro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 Con miedo a perder el control. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 Con sensación de ahogo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 Con temor a morir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 Con miedo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18 Con problemas digestivos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19 Con desvanecimientos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20 Con rubor facial. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 21 Con sudores, fríos o calientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Anexo 4. Escala Depresión de Beck

Secretaría de
SALUD
ISSEA



Escala de Depresión de Beck

Nombre: _____
Edad: _____
Fecha: _____

Instrucciones: Éste es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

- 1
☐ 0. No me encuentro triste
☐ 1. Me siento triste o melancólico
☐ 2. Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
☐ 3. Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo
- 2
☐ 0. No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
☐ 1. Me siento desanimado respecto al futuro
☐ 2. No tengo nada que esperar del futuro
☐ 3. No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar
- 3
☐ 0. No me siento fracasado
☐ 1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
☐ 2. Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
☐ 3. Creo que como persona soy un completo fracasado [padre, marido, esposa]
- 4
☐ 0. No estoy particularmente descontento
☐ 1. No disfruto de las cosas como antes
☐ 2. No encuentro satisfacción en nada
☐ 3. Me siento descontento de todo
- 5
☐ 0. No me siento particularmente culpable
☐ 1. Me siento malo o indigno muchas veces
☐ 2. Me siento culpable
☐ 3. Pienso que soy muy malo e indigno
- 6
☐ 0. No me siento decepcionado conmigo mismo
☐ 1. Estoy decepcionado conmigo mismo
☐ 2. Estoy disgustado conmigo mismo
☐ 3. Me odio
- 7
☐ 0. No tengo pensamientos de dañarme
☐ 1. Creo que estaría mejor muerto
☐ 2. Tengo planes precisos para suicidarme
☐ 3. Me mataría si tuviera ocasión
- 8
☐ 0. No he perdido el interés por los demás
☐ 1. Estoy menos interesado en los demás que antes
☐ 2. He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
☐ 3. He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto
- 9
☐ 0. Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
☐ 1. Trato de no tener que tomar decisiones
☐ 2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
☐ 3. Ya no puedo tomar decisiones
- 10
☐ 0. No creo que mi aspecto haya empeorado
☐ 1. Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
☐ 2. Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
☐ 3. Siento que mi aspecto es feo y repulsivo
- 11
☐ 0. Puedo trabajar igual de bien que antes
☐ 1. Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
☐ 2. Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
☐ 3. No puedo realizar ningún trabajo
- 12
☐ 0. No me canso más que antes
☐ 1. Me canso más fácilmente que antes
☐ 2. Me canso por cualquier cosa
☐ 3. Me canso demasiado por hacer cualquier cosa
- 13
☐ 0. Mi apetito no es peor de lo normal
☐ 1. Mi apetito no es tan bueno como antes
☐ 2. Mi apetito es ahora mucho peor
☐ 3. He perdido el apetito

Es una escala heteroaplicada. Proporciona puntuación global la puntuación asignada en cada uno de los 13 ítems. La puntuación total de 39. Puntos de corte propuestos: 0-4: Depresión ausente o mínima; 5-7: Depresión Leve; 8-15: Depresión Moderada; >15: Depresión Grave

Anexo 5. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado (CI)

El presente CI está dirigido a ti como TCP y forma parte de una investigación que trata de conocer la prevalencia de Trastornos de Ansiedad y Depresión y (TAD) en el colectivo de TCPs.

Consiste en identificar factores intrínsecos a la profesión que estén relacionados con los TAD, valorar si existe relación entre la antigüedad volando en largo radio y los TAD, y por último valorar el nivel de conocimientos del colectivo para mitigar las consecuencias de los TAD.

La firma del CI supone la conformidad de este, así como la participación en la investigación. Pero en ningún caso es obligatoria ni definitiva ya que puedes abandonar el estudio en cualquier momento, si así lo deseas, sin dar ninguna explicación.

Participar en el estudio conlleva responder tres cuestionarios y de ser seleccionada por cumplir los criterios de inclusión y aceptar, se haría una entrevista semiestructurada por parte de las investigadoras. Tanto los cuestionarios como la entrevista están relacionados con tu profesión como TCP. Se mantendrá el anonimato en todo momento y la información recogida será tratada exclusivamente para la investigación.

De haber una posible futura difusión del estudio, la información aportada no se vinculará a ninguna identidad, aunque que se podrían recoger citas textuales de lo verbalizado, si decides participar en la parte de entrevista posterior al cuestionario.

El tiempo estimado para rellenar los formularios será de treinta minutos y el tiempo estimado para la entrevista será treinta / cuarenta y cinco minutos.

En torno a una hora y media el total de tu tiempo invertido en este estudio.

De antemano te damos las gracias por acceder a nuestro estudio y por cedernos tu tiempo.

NOMBRE:

Firma y Fecha: